

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-190-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

GPC

Valoración Geriátrica en Unidades de Atención Médicas ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente geriátrico. Los beneficios derivados de la aplicación de la VGI son la reducción de la variabilidad de la práctica clínica, la estratificación de los problemas de salud y el análisis de la dependencia funcional que le permiten llevar a cabo el diseño de las estrategias de intervención coordinada entre los diferentes profesionales.

JUSTIFICACIÓN

El crecimiento acelerado de la población envejecida en México va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas, en individuos con mayor vulnerabilidad lo que lo hace que su manejo sea más complejo, requiriendo un mayor consumo de recursos por la alta demanda asistencial y obliga a la incorporación de atención especializada en el sistema institucional. Se hace necesario tener herramientas para identificar necesidades, detectar riesgos y otorgar una atención especializada en adultos mayores.

A pesar de contar con recursos humanos especializados en el área, éstos son insuficientes para atender las necesidades de este grupo poblacional. Por lo que es necesario elaborar una herramienta práctica que le permita al médico familiar y no familiar identificar y diferenciar la población geriátrica que requiere atención especializada.

La atención de adultos mayores se ha dado desde siempre, pero se ha observado que con la valoración geriátrica integral (VGI), se identifican los problemas susceptibles de mejorar y permite diseñar las estrategias para mejorar la condición de salud y mantener la autonomía funcional del adulto mayor.

El propósito de la presente Guía es proporcionar al profesional de salud los elementos esenciales para la valoración integral del paciente geriátrico en las unidades médicas de atención con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que el anciano presente.

OBJETIVOS

- Identificar al paciente geriátrico vulnerable en las unidades médicas de atención
- Estandarizar el abordaje inicial para la atención del paciente geriátrico en las unidades médicas
- Definir las acciones de atención dirigidas al paciente geriátrico en las unidades médicas

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Valoración Médico-Biológica.

1.1 Evaluación farmacológica en el paciente geriátrico

Diferentes estudios muestran que hasta 90% de los adultos mayores de 65 años ingieren uno o más medicamentos, 50% 2 o más y 12% 5 o más. Se estima que de 1.9 millones de efectos adversos registrados en mayores de 65 años, 180 mil pusieron en peligro la vida y de éstos, el 50% son prevenibles y alrededor del 12% de los pacientes geriátricos hospitalizados, fue debido a una reacción adversa a fármacos.

Los cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento alteran la farmacocinética y la farmacodinamia e influye en la elección, dosis y frecuencia de la administración de muchos fármacos. La farmacoterapia puede complicarse por la incapacidad de los ancianos para comprar u obtener los fármacos, o para seguir los tratamientos prescritos.

La polipatología, múltiples prescriptores, una mala comprensión de las quejas del anciano, entre otras, conllevan a la polifarmacia, que se refiere al uso de 5 ó más fármacos lo cual contribuye al incremento de reacciones adversas, iatrogenia e ingresos hospitalarios. La manera más eficaz de prevenir las reacciones adversas es disminuir la cantidad de fármacos prescritos.

Se recomienda que en cada consulta se analice la lista de medicamentos prescritos y automedicados, con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas o de fármaco-enfermedad, asegurarse de no prescribir los medicamentos considerados como inapropiados para pacientes geriátricos, y siempre que sea posible, deben ser atendidos, por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar con la mayor integridad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales pueden aliviarse o eliminarse con un análisis minucioso del problema y sugerencias no farmacológicas, así como empezar el tratamiento con dosis bajas dentro de los límites terapéuticos y ajustarlas progresivamente.

1.2 Evaluación de problemas de visión y audición en el paciente geriátrico

En los adultos mayores la disminución de la agudeza visual y auditiva tiene repercusiones importantes, pues condiciona aislamiento, comprometiendo la socialización, su independencia funcional y calidad de vida. La pérdida auditiva llega a tener una prevalencia del 25 al 40% en el grupo de 65 años y se incrementa hasta 80% en mayores de 85 años, se asocia con síntomas depresivos y aislamiento social. La disminución en la agudeza visual es un factor de riesgo para caídas y dependencia funcional

Para la detección inicial de la pérdida de agudeza visual y/o auditiva es suficiente con preguntar al adulto mayor o a su cuidador primario, lo siguiente:

¿Tiene dificultad para ver la televisión, leer o para ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?, ¿Tiene dificultad para oír?

Si la respuesta es positiva para cualquiera de las preguntas se deberá buscar la causa tratable o enviar a valoración por el especialista correspondiente.

1.3 Evaluación de Incontinencia Urinaria en el paciente geriátrico

La incontinencia urinaria incrementa el riesgo de úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, sepsis, caídas, fracturas, depresión, aislamiento, polifarmacia, dependencia, carga al cuidador e incremento de los costos de atención. En la evaluación clínica inicial basta con la información del paciente para establecer el diagnóstico considerándose como: "cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente". Se recomienda preguntar en la valoración inicial: ¿pierde usted orina cuando no lo desea? ¿Tiene usted problemas con su vejiga, se moja sin querer?

Se deberán descartar causas concomitantes de incontinencia urinaria aguda (<4 semanas) que puedan tratarse como infección de vías urinarias, diabetes descontrolada, impactación fecal, atrofia vaginal, delirium, polifarmacia.

Se recomienda que al diagnosticarse incontinencia urinaria de urgencia y esfuerzo se indiquen ejercicios de piso pélvico y entrenamiento vesical. Para el tratamiento inicial de la incontinencia urinaria es suficiente la información que refiera el paciente sin necesidad de estudios invasivos

2 Evaluación mental y psico-afectiva del paciente geriátrico

2.1 Evaluación de deterioro cognitivo

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, es útil como instrumento de detección. Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Su aplicación lleva sólo 5 minutos por lo tanto, es práctico.

El MMSE Modificado, tiene una sensibilidad 79-100% y una especificidad 46-100% para detectar deterioro cognitivo. (Anexo 6.3 Cuadro 2, Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral).

El resultado del MMSE deberá ser ajustado a la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 26 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognitivo: leve 19 a 23 puntos, moderado 14 a 18 puntos, severo < 14 puntos.

En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognitivo la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial. Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE se recomienda valoración por el especialista correspondiente.

2.2 Evaluación de trastornos del sueño

La prevalencia de trastornos del sueño se incrementa con la edad. Se estima que un 80% de los ancianos tienen uno o más de los siguientes problemas: dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano, fragmentación del sueño y ronquido. La consecuencia clínica de estos problemas condiciona somnolencia diurna, desorientación, delirium, deterioro cognitivo, incremento en el riesgo de caídas y lesiones, deterioro en la calidad de vida, incremento del uso de recursos y de los costos de atención y sobrecarga al cuidador entre otras. Considerando el beneficio potencial de identificar y tratar los trastornos del sueño en el anciano, es importante que se investigue sobre el sueño y se incorpore una búsqueda rutinaria en toda historia clínica.

Se recomienda que al detectar algún trastorno de sueño se indiquen medidas de higiene del sueño y terapia de relajación como medida inicial (Anexo 6.3 Cuadro 3, Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral). Se recomienda investigar y ajustar en lo posible los fármacos que puedan afectar el sueño como: fluoxetina, diuréticos, teofilina, salbutamol, estimulantes del SNC, anticolinérgicos, cafeína, alcohol, antipsicóticos, corticosteroides, entre otros, en pacientes con insomnio de continuidad o tardío, se recomienda investigar depresión y/o ansiedad concomitante o como etiología del insomnio. Evitar utilizar benzodiazepinas de vida media larga, y solo si lo requiere, iniciar con dosis bajas y titular gradualmente, evitar dar por más de 2 meses.

2.3 Evaluación de depresión

El trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio y somatizaciones, con menor frecuencia el cuadro clínico clásico. Del 80% al 90% de ancianos deprimidos hospitalizados en unidades de agudos no son diagnosticados.

La escala de Depresión geriátrica de 30, 15 y 5 reactivos (Geriatric Depression Scale (GDS) actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos. Con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente

La prueba se considera positiva cuando: 2 de 5 son afirmativas, 6 de 15 son afirmativas y 15 de 30 son afirmativas en GDS de 5, 15 y 30 respectivamente. (Anexo 6.3 Cuadro 4, Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral).

Un abordaje más conciso consiste en una sola pregunta "¿Se siente triste o deprimido? Ha sido validado y comparado con la escala de 30 preguntas. Cuando la respuesta es afirmativa se recomienda aplicar el GDS de 15 reactivos. Se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea 6/15 puntos

2.4 Evaluación de delirium

El delirium tiene una alta prevalencia en las áreas de urgencias y de hospitalización de agudos. Se registra una prevalencia de 14 a 24% al momento de la admisión. De 6 al 56% durante la hospitalización, postquirúrgico se presenta de 10-52% de los casos. La mortalidad asociada a delirium (25-33%), es tan alta como la relacionada con el infarto agudo al miocardio o sepsis.

El Método de evaluación de confusión o Confusion Assessment Method (CAM), es una escala utilizada para una identificación rápida de delirium, tiene una sensibilidad de 94% al 100%, especificidad de 90% al 95%, valor predictivo positivo del 91% al 94%, y un valor predictivo negativo de 90% a 100%. (*Anexo 6.3 Cuadro 5, Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral*).

Se recomienda preguntar al cuidador primario o al familiar cercano, si el paciente ha presentado cambios recientes en la conducta, o en la conciencia, si es así, se debe aplicar el CAM para la detección de delirium, y en su caso, se debe referir al especialista correspondiente. (Neurólogo, Psiquiatra y Geriatra).

3 Evaluación funcional del paciente geriátrico

3.1 Actividades básicas de la vida diaria

El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad, es un indicador sensible para identificar una nueva enfermedad, puede ser un predictor de mortalidad, mayor estancia hospitalaria y necesidad de institucionalización.

El índice de Katz tiene seis elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de vida diaria. Se debe valorar la funcionalidad para detectar su pérdida aguda o crónica, mediante la escala de Katz. (*Anexo 6.3 Cuadro 6, Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral*). Al detectar limitación para las ABVD en un paciente hospitalizado, al estabilizarse, se deberá iniciar un programa de rehabilitación o reacondicionamiento físico y continuarlo a su egreso

3.2 Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva. La pérdida de algunas de ellas identifican adultos mayores con sospecha de deterioro cognitivo o depresión. La dependencia en algunas de las actividades instrumentales de vida diaria está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

La escala de Lawton-Brody fue creada para valorar autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria, valora ocho ítems: uso del teléfono, ir de compras, preparar comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la medicación, manejar el dinero. (*Anexo 6.3 Cuadro 7, Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral*).

3.3 Evaluación del riesgo de caídas en el paciente geriátrico

Una o varias caídas suelen ser de origen multifactorial, relevante en el adulto mayor, pues puede ser manifestación de enfermedad y/o puede generar dependencia funcional creando un círculo vicioso, pues este a su vez se relaciona con caídas. Una historia de caídas y la hospitalización aguda, es un riesgo para el paciente geriátrico para mayor desacondicionamiento y requiere de un plan de rehabilitación en hospital y a su egreso. Las medidas dirigidas a modificar los factores de riesgo han demostrado reducir el riesgo de caídas entre el 7 y 12%.

La presencia de síndrome de caídas en el paciente geriátrico se puede realizar a través de una pregunta específica: ¿Se ha caído en los últimos 6 meses? En caso positivo se debe incorporar al paciente a un programa de reacondicionamiento de la marcha y el equilibrio. Por lo que deberá referirse al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, así como valoración por Geriátrica con la finalidad de identificar las causas potenciales y disminución de riesgos como una prescripción inadecuada.

3.4 Evaluación del riesgo de úlceras por presión en el paciente geriátrico

Las úlceras por presión son una consecuencia del síndrome de inmovilidad aguda y/o crónica. Los factores de riesgo relacionados son diversos, susceptibles de intervenciones, por lo que deben reconocerse. (Ver guía *Úlceras por presión: GPC IMSS-104-08; IMSS-105-08*)

Se debe considerar el riesgo de desarrollar úlceras por presión, que puede valorarse con la escala de Braden la cual ofrece un equilibrio entre sensibilidad (57.1%) y especificidad (67.5%) además de una mejor estimación del riesgo. La detección del riesgo para el desarrollo de úlceras por presión lo pueden llevar a cabo el médico o la enfermera a cargo del paciente y el cuidador previamente capacitado. (Anexo 6.3 Cuadro 8, *Guía de evidencias y recomendaciones de la Valoración Geriátrica Integral*).

4 Evaluación socio-familiar en el paciente geriátrico

La evaluación del funcionamiento social sirve para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar, identificar los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial. La evaluación socio-familiar, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo.

Los cuidadores primarios cuando se trata de adultos mayores que cursan con sobrecarga de cuidados tienen un riesgo de 50% de morir en los siguientes 4 años. Al detectar alguna alteración en la función socio-familiar, se deberá profundizar con otros instrumentos específicos (carga cuidador de Zarit) instrumento de valoración de recursos sociales entre otros). La valoración sociofamiliar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar la continuidad de la atención.

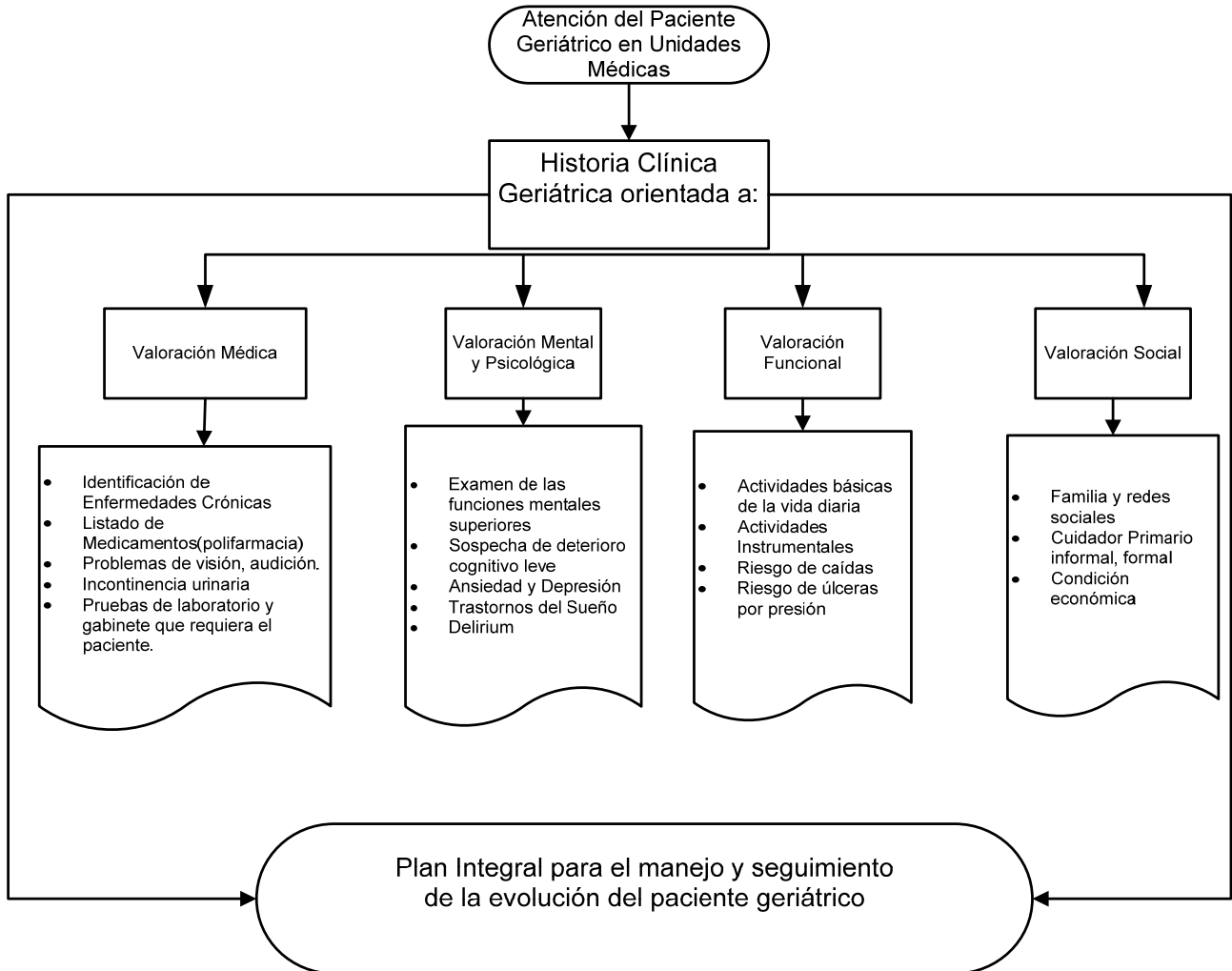
5 Criterios para la referencia del paciente geriátrico:

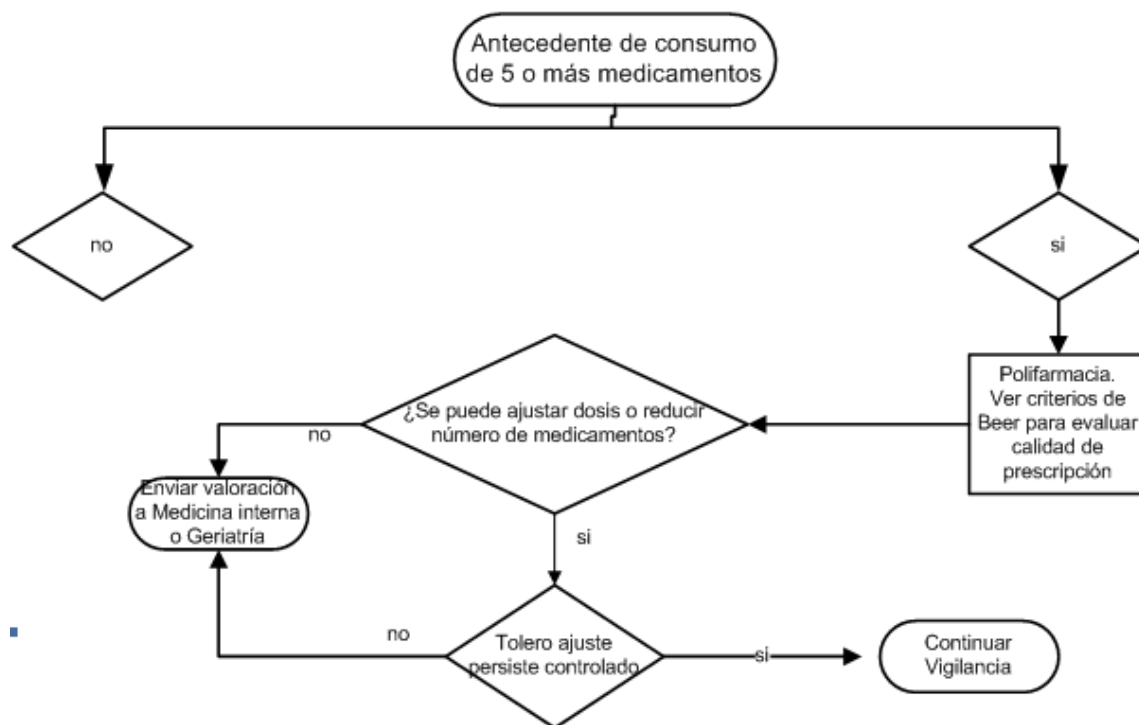
1. Edad 70 años.
2. Comorbilidad (3 o más patologías, excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática child C).
3. Síndromes geriátricos (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, privación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión).
4. Deterioro cognitivo o delirium.

Deberán reunir los criterios: 1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4.

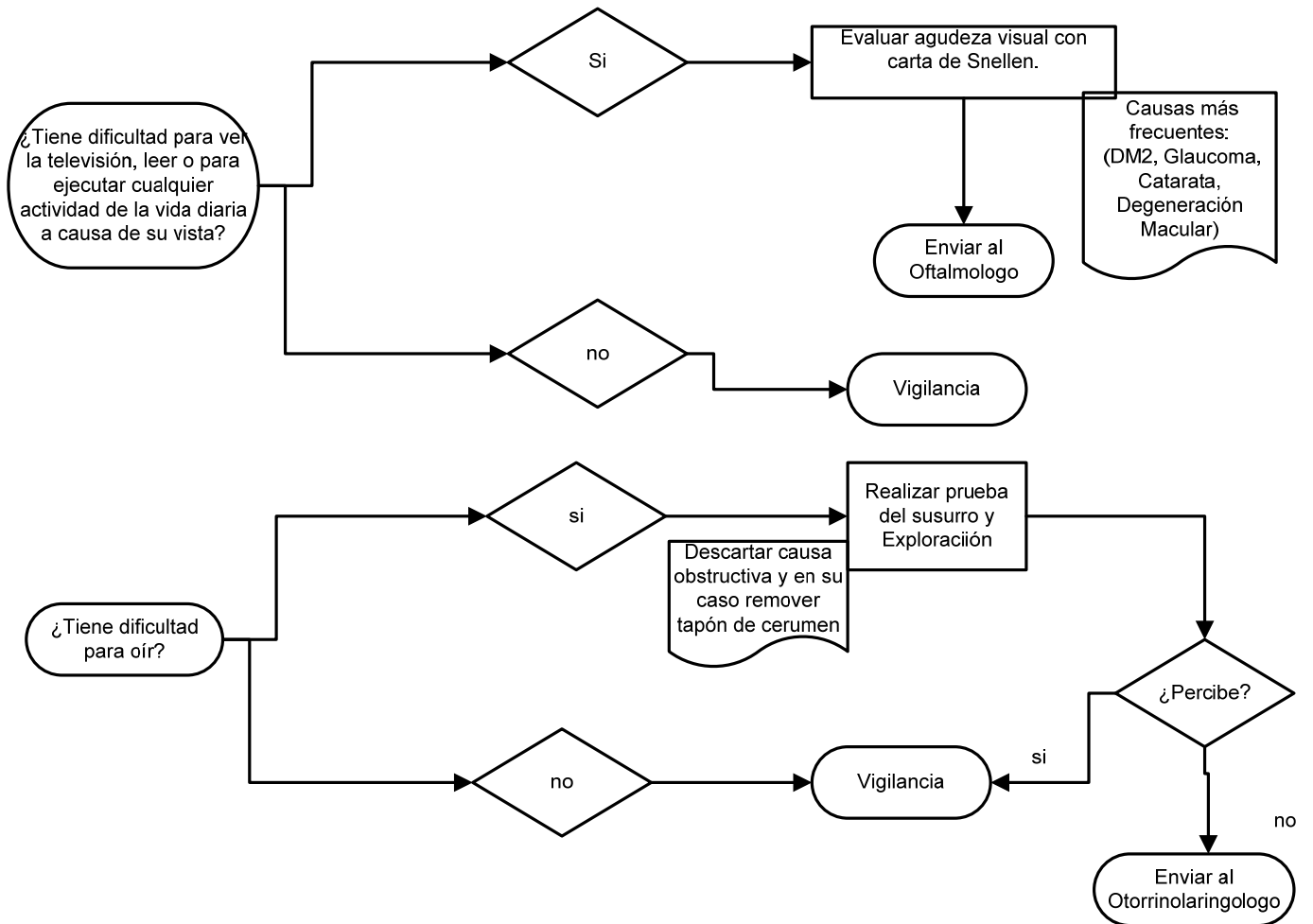
ALGORITMOS

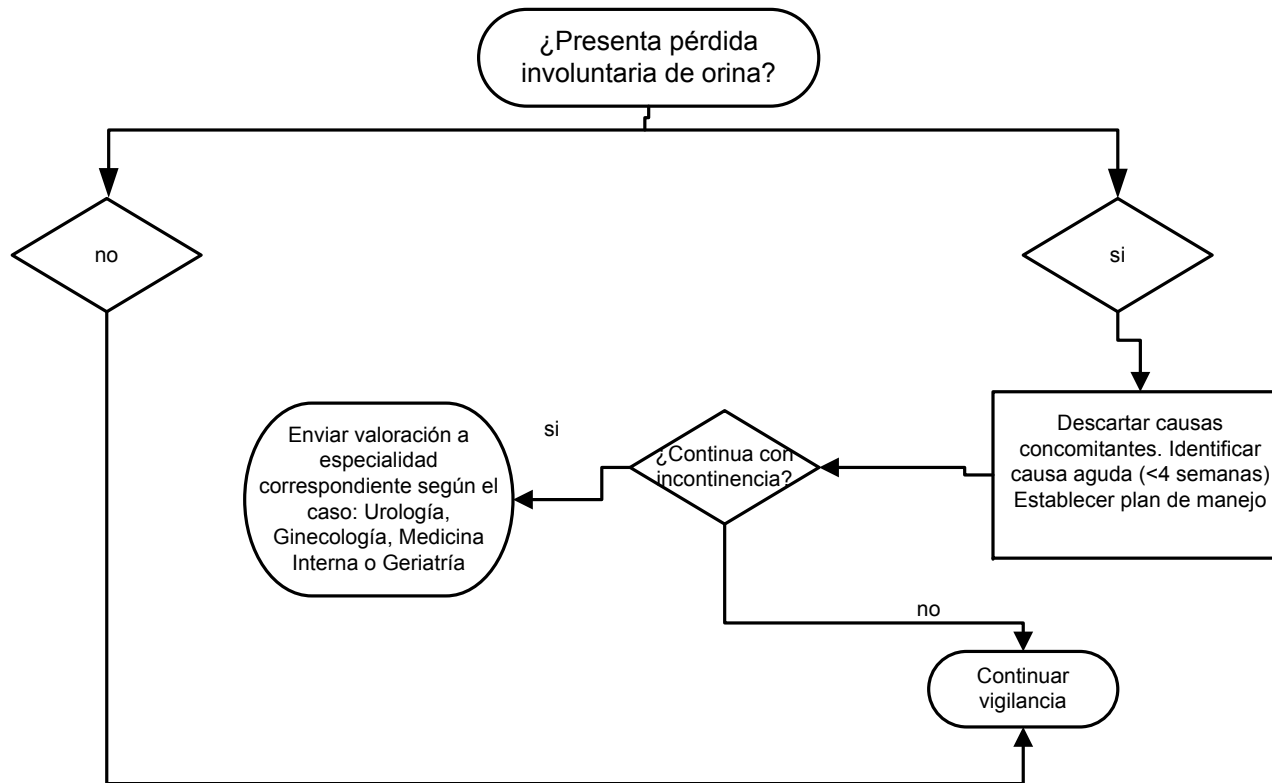
Algoritmo 1 . Evaluación inicial del paciente geriátrico



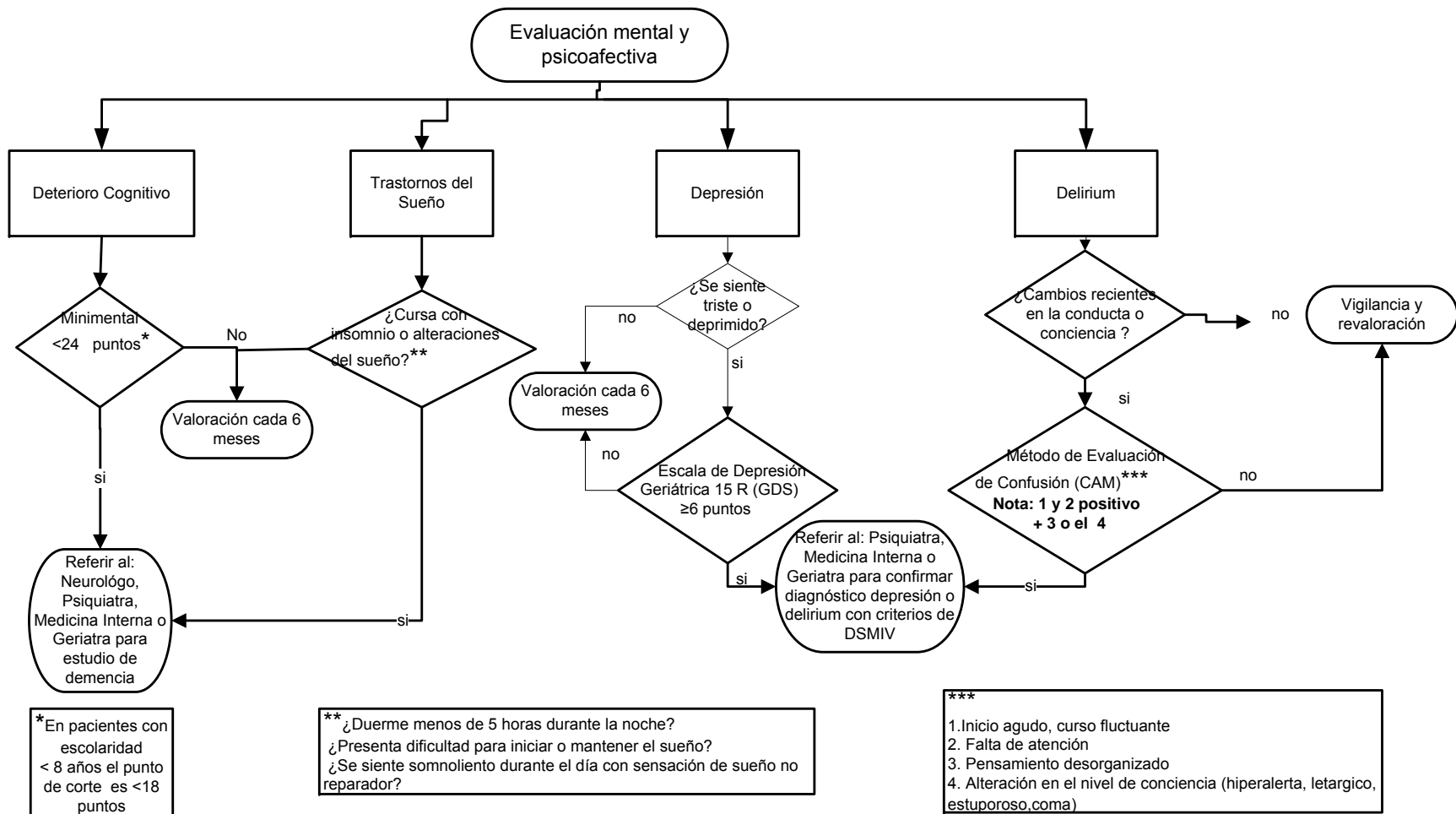
Algoritmo 2 . Evaluación de polifarmacia en el paciente geriátrico

Algoritmo 3. Evaluación de problemas de visión y audición en el paciente geriátrico

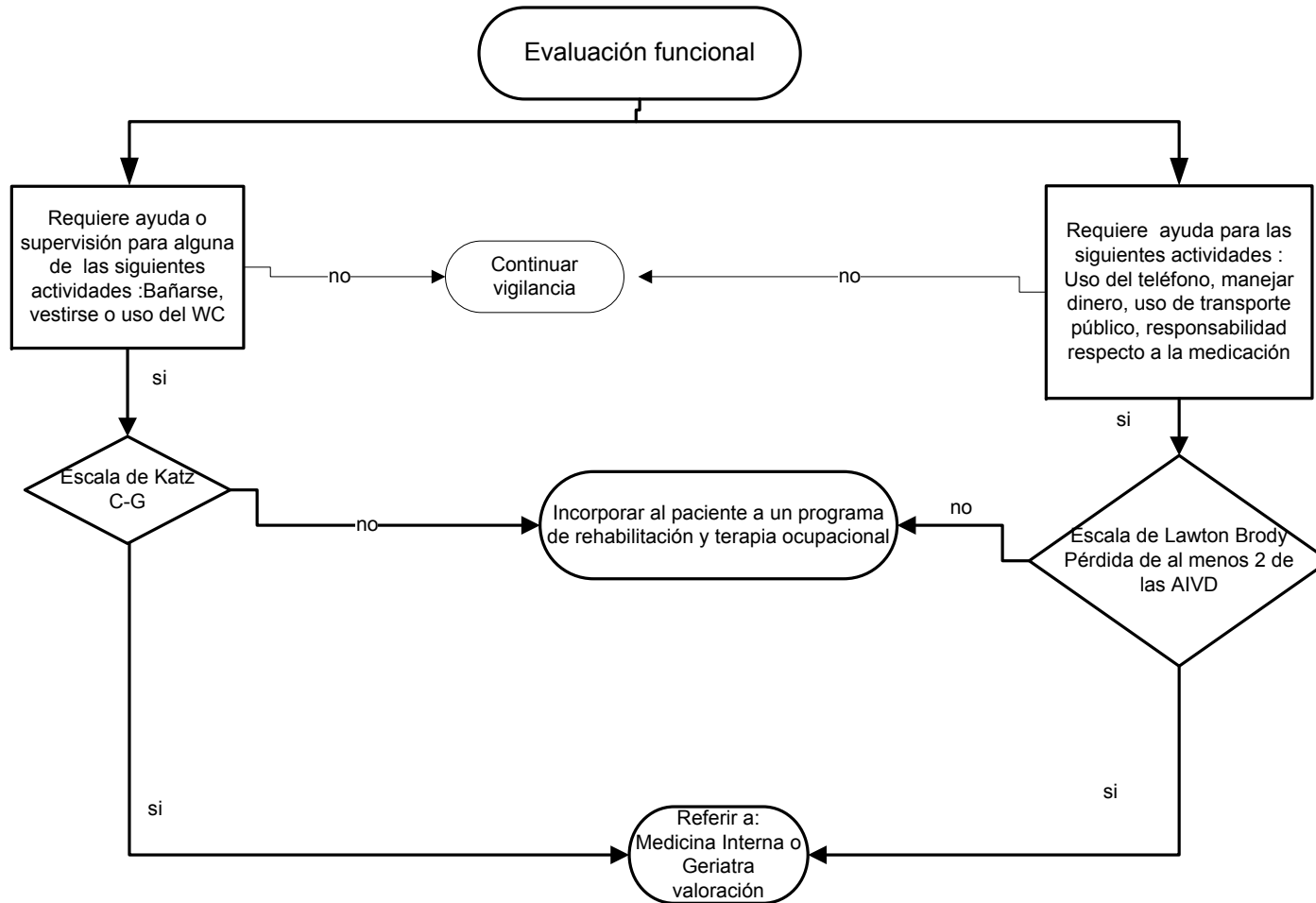


Algoritmo 4 . Evaluación de incontinencia urinaria en el paciente geriátrico

Algoritmo 5 . Evaluación mental y psicoafectiva del paciente geriátrico



Algoritmo 6 . Evaluación funcional del paciente geriátrico



Algoritmo 7. Evaluación del Riesgo de Caídas del paciente geriátrico

